

Tel. 031/3390015 Fax 031/592464 e-mail: info@ebatagricolturacomolecco.it Pec: ebat.comolecco@pec.it

MODULO RICHIESTA RIMBORSO ACQUISTO OCCHIALI DA VISTA

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono/cellulare _____ mail _____

IN QUALITÀ DI DIPENDENTE DELLA DITTA/SOCIETÀ

Ragione sociale (denominazione) _____

Con sede legale in _____ Prov. _____

Codice fiscale	P. IVA.
----------------	---------

Via _____ n.

Telefono _____ mail _____

Consapevole, nel caso di dichiarazioni mendaci come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, che sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- ☐ di avere acquistato per il suo familiare (cognome e nome) _____

occhiali da vista nuovi/lenti a contatto durante l'anno

- ☐ **Di essere consapevole che la parte rimborsata non sarà detraibile col modello 730**

CHIEDE

l'erogazione della provvidenza così come previsto dal Regolamento dell'EBAT sul seguente IBAN:

[illegible]

BANCA

INTESTATARIO DEL CONTO

A tal fine si allega:

- ☐ fattura di acquisto
- ☐ prescrizione medica o tecnica
- ☐ copia busta paga
- ☐ copia documento: carta d'identità o passaporto
- ☐ autocertificazione stato di famiglia

Data

Firma del lavoratore _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

II sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali, ☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data

Firma del lavoratore